Datum: _____

Läkare: _____

Kur nr: _____

Längd (cm): _____ **Vikt (kg):** _____

Yta (m^2): _____ **Aktuellt GFR:** _____

Patientdata (namn och personnr)

Beställande enhet, sjukhus, tel. & fax, kundnr

Antitumoral barnregim - Akut myeloisk leukemi (AML)

RegimID: NRB-13744

MEC > 1 år eller > 10 kg + Quizartinib (Induktion standard arm)

Protokoll: CHIP-AML22
Diagnoskod: C 92

Ordination/Administrering

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Etoposidfosfat Intravenös infusion 150 mg/m^2 (kroppsyta)	x1	x1	x1	x1	x1																
Metotrexat Intratekal injektion Dosstege Ålder						x1															
Dexrazoxan Intravenös infusion 250 mg/m^2 (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1											
Mitoxantron Intravenös infusion 5 mg/m^2 (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1											
Cytarabin Intravenös infusion 200 mg/m^2 (kroppsyta)						x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1									
Quizartinib Peroral oral lösning Dosstege Vikt													x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1

Dag	22	23	24	25	26
Etoposidfosfat Intravenös infusion 150 mg/m^2 (kroppsyta)					
Metotrexat Intratekal injektion Dosstege Ålder					
Dexrazoxan Intravenös infusion 250 mg/m^2 (kroppsyta)					
Mitoxantron Intravenös infusion 5 mg/m^2 (kroppsyta)					
Cytarabin Intravenös infusion 200 mg/m^2 (kroppsyta)					
Quizartinib Peroral oral lösning Dosstege Vikt	x1	x1	x1	x1	x1

Medelemetogen.
Antiemetika enligt lokal instruktion. _____

Villkor och kontroller för administration Risk för tumörlys (TLS) samt koagulopatier: regelbundna blodprovskontroller enl ordination

Om stort cellsönderfall och förhöjt urat kan det bli aktuellt att ge pat Rasburikas (Fastutec)

Stöddropp: Plasmalyte 3000 ml/m^2/dygn initialt, kan minskas till 2000 ml/m^2/dygn och avslutas när TLS (Tumorlys syndrom) ej föreligger längre. När stöddropp ges (3000 ml/m^2/d) mäts urinmängd var 6:e timme och inj Furix kan behöva ges. Urinmätning och Furix behövs ej när stöddroppet består av 2000 ml/m^2/dygn.

Ordinera PJP + svamp-profylax, samt ev virus-profylax

Quizartinib

Vissa läkemedel är ej tillåtna tillsammans med Quizartinib, var observant på om något behöver sättas ut.

PK-prover och EKG, se protokollet när de ska tas i förhållande till medicinintag och hur svaren styr behandlingen.

Medicinen ska tas vid samma tid på dygnet dagligen. En fördel med hänsyn till provtagningar och svar är att medicinen tas på sen förmiddagen.

Patienten bör ofta vara inneliggande de första två dygnen r/t till kontrollerna.

Dosreduktion är vanligt.

Patienten ska föra "studiedagbok".

Anvisningar för ordination
Tpk $\geq$ 50 inför lumbalpunktion. Annars ge trombocyttransfusion före Lp.

Tillägg av Rasburikas (Fasturtec) vid föhöjt urat

Om Metotrexat intratekalt givits dag 0-1, ska man ej ge ny dos dag 6.

Dexrazoxan 500 mg/ampull

finns följande alternativ (kliniklicens)

* Cardioxane : Koncentrationen ska vara 3-10 mg/ml.
* Dexrazoxan Hikma : Koncentrationen ska vara 1,3-3 mg/ml.
* Dexrazoxan Eugia : Koncentrationen ska vara 1,3-5 mg/ml.

Quizartinib oral lösning 5 mg/ml

* Ett studiepreparat som tillhandahålles från sponsorn.
* Bereds enligt speciell instruktion och överlämnas till patienten.
* En fördel att bara bereda 1 dos (startdosen) till en början då PK-prover och EKG avgör fortsättningen av behandlingen.
*

Dosjustering rekommendation
Vid dosreduktion av Mitroxantron bör dosen Dexrazoxan reduceras (relation Mitroxantron : Dexrazoxan = 1:50)

Antiemetika
Överväg lämplig antiemetika under olika delar av behandlingen.

Quizartinib är erfarenhetsmässigt ej speciellt illamåendeframkallande.

Dosstegar

Metotrexat intratekalt, Parameter: Ålder (år)

Från och med	Till (mindre än)	Grunddos	Beräkningssätt	Enhet
0 år	1 år	6	standarddos	mg
1 år	2 år	8	standarddos	mg
2 år	3 år	10	standarddos	mg
3 år	> år	12	standarddos	mg

Quizartinib dos, Parameter: Vikt (kg)

Från och med	Till (mindre än)	Grunddos	Beräkningssätt	Enhet
< kg	7 kg	0,7	kroppsvikt	mg/kg
7 kg	20 kg	0,9	kroppsvikt	mg/kg
20 kg	30 kg	20	standarddos	mg
30 kg	40 kg	30	standarddos	mg
40 kg	> kg	40	standarddos	mg

DAG 1

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 3000 ml/m^2 = _____ ml Plasmalyte *Intravenös infusion - ges parallellt* *0 tim. efter start av kurdag*	24 tim.	_____	_____	.....
2. Etoposidfosfat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *0 tim. efter start av kurdag*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 2

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 3000 ml/m^2 = _____ ml Plasmalyte *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Pågår tills urat normaliserats)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 1*	24 tim.	_____	_____	.....
2. Etoposidfosfat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *24 tim. efter start av rad 2, dag 1*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 3

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 3000 ml/m^2 = _____ ml Plasmalyte *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m^2/dygn.)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 2*	24 tim.	_____	_____	.....
2. Etoposidfosfat _____ mg i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *24 tim. efter start av rad 2, dag 2*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 4

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 3000 ml/m^2 = _____ ml Plasmalyte *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m^2/dygn.)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 3*	24 tim.	_____	_____	.....
2. **Etoposidfosfat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *24 tim. efter start av rad 2, dag 3*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 5

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. 3000 ml/m^2 = _____ ml Plasmalyte *Intravenös infusion - ges parallellt* *(Pågår tills urat normaliserats, kan eventuellt minskas till 2000 ml/m^2/dygn.)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 4*	24 tim.	_____	_____	.....
2. **Etoposidfosfat _____ mg** i 100 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 2 tim. *24 tim. efter start av rad 2, dag 4*	2 tim.	_____	_____	_____

DAG 6

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. **Metotrexat _____ mg** Ges intratekalt *(Är trombocyter > 50 ? Annars ges trombocyttransfusion.)*		_____	_____	_____
2. **Dexrazoxan _____ mg** Ges intravenöst under 15 min. *(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)* *0 min. efter start av kurdag*	15 min.	_____	_____	_____
3. **Mitoxantron _____ mg** i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 2, dag 6*	1 tim.	_____	_____	_____
4. **Cytarabin _____ mg** i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim. *0 min. efter stopp av rad 3, dag 6*	12 tim.	_____	_____	_____

DAG 7

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexrazoxan _____ mg Ges intravenöst under 15 min. *(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)* *24 tim. efter start av rad 2, dag 6*	15 min.			
2. Mitoxantron _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 1, dag 7*	1 tim.			
3. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim. *0 min. efter stopp av rad 2, dag 7*	12 tim.			

DAG 8

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexrazoxan _____ mg Ges intravenöst under 15 min. *(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 7*	15 min.			
2. Mitoxantron _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 1, dag 8*	1 tim.			
3. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim. *0 min. efter stopp av rad 2, dag 8*	12 tim.			

DAG 9

Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej

	Inf. tid	Klockan	Ssk. sign	Läk. sign
1. Dexrazoxan _____ mg Ges intravenöst under 15 min. *(VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)* *24 tim. efter start av rad 1, dag 8*	15 min.			
2. Mitoxantron _____ mg i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 1 tim. *0 min. efter stopp av rad 1, dag 9*	1 tim.			
3. Cytarabin _____ mg i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml Ges intravenöst under 12 tim. *0 min. efter stopp av rad 2, dag 9*	12 tim.			

DAG 10 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Dexrazoxan _____ mg** — 15 min. _____ _____ _____
   Ges intravenöst under 15 min.
   (VIKTIGT att Mitoxantron startas direkt efter avslutad Dexrazoxan)
   24 tim. efter start av rad 1, dag 9

2. **Mitoxantron _____ mg** — 1 tim. _____ _____ _____
   i 50 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 1 tim.
   0 min. efter stopp av rad 1, dag 10

3. **Cytarabin _____ mg** — 12 tim. _____ _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 12 tim.
   0 min. efter stopp av rad 2, dag 10

DAG 11 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin _____ mg** — 12 tim. _____ _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 12 tim.
   24 tim. efter start av rad 3, dag 10

DAG 12 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Cytarabin _____ mg** — 12 tim. _____ _____ _____
   i 500 ml Natriumklorid 9 mg/ml
   Ges intravenöst under 12 tim.
   24 tim. efter start av rad 1, dag 11

DAG 13 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Quizartinib _____ mg** — Middagsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt
   (Medicinen ska tas vid samma tidpunkt dagligen)

DAG 14 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Quizartinib _____ mg** — Middagsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

DAG 15 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Quizartinib _____ mg** — Middagsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

DAG 16 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. **Quizartinib _____ mg** — Middagsdos _____ _____ _____
   Ges peroralt

DAG 17 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 18 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 19 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 20 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 21 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 22 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 23 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 24 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 25 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt

DAG 26 Datum_____ Beställs till kl____ Avvakta ja nej **Inf. tid** **Klockan** **Ssk. sign** **Läk. sign**

1. Quizartinib _____ **mg** Middagsdos _____ _____ _____
Ges peroralt